

CERTIFICADO DE NECESIDAD DE ABORTO

FECHA DEL SERVICIO: _____ **1** _____

Basado en mi opinión profesional, certifico que un aborto es médicamente necesario en el caso de:

Nombre Completo del Paciente: _____ **2** _____

Número de Seguro Social del Paciente: _____ - **3** _____ - _____

Por la siguiente razón:

(MARQUE UNA) 4

- Hay suficiente evidencia para creer que el embarazo es el resultado de violación o incesto.

- El aborto es médicamente necesario ya que la mujer sufre de un desorden físico, daño físico o enfermedad física, incluyendo una condición que pone en peligro su vida causada o desarrollada por el embarazo mismo que pondría a la mujer en peligro de muerte al menos que el aborto se efectúe.

DOCUMENTACION DE APOYO: 5

(POR FAVOR MARQUE TODOS LOS QUE APLICAN Y ANEXE LOS DOCUMENTOS)

- Documentación de una agencia que ejecute la ley indicando que el paciente a hecho una denuncia creíble como una victima de violación o incesto.

- Documentación de una agencia de salud social, El Departamento de Servicios Humanos (DHS) o una agencia de concejería (como el Centro de Crisis para Mujeres Violadas) indicando que el paciente hizo una denuncia creíble como una victima de violación o incesto.

- Historial médico que documente la razón del aborto como una de salvación de la vida de la mujer.

- Otro (Favor de especificar): _____

DIRECCION DEL PACIENTE:

CIRUJANO QUE HARA EL ABORTO:

6

FIRMA: _____ **7**
NOMBRE DEL DR.: _____ **8**
SS# DEL DR.: _____ - _____ - _____

DIRECCION DEL DR: